



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוקטובר 2025 29
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 6/6/24
הנפגע: עידו גפני ערב, ת"ז 212878730

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

נא למלא מספר תעודת זהות



מס' זהות / דרכון

סוג

המסמך

דפים

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה**

פרטי התובע

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מיון		עיסוק		תאריך לידה	
זכר ☒ נקבה ☐		שכיר ☒ עצמאי ☐		תאריך לידה	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		מספר אישי בצה"ל		שנה חודש יום	
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה של איש קשר		שם פרטי של איש קשר		מס' זהות של איש קשר ס"ב	
שם משפחה של איש קשר		שם פרטי של איש קשר		מס' זהות של איש קשר ס"ב	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. <u>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)</u>					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
מיקוד		מיקוד		מיקוד	
מיקוד		מיקוד		מיקוד	

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה 24/10/2006

פרטים על הפגיעה 28 בנובמבר 2006, שנה חודש יום

כאמור, החלפתם את האטעוץ, ואטעוץ

28/11/2006

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה						0712 3255028
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק						
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
המקצוע ערב הפגיעה:	16			הרצליה		

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות	צה"ל	משמר הכנסת
שב"ס	משמר אזרחי	
משטרה	אחר	
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב
		מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע		
תאריך סיום השירות בקבע		
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?		
כן ☐ לא ☐		
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.		

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט	שם בית החולים	י.א. תקופת אשפוז
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?	שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו	
לא ☐ כן, פרט		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבטח בקופ"ח		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר רפאל דרמזק	אורתופדיה	רשמי, הרצליה
ד"ר אורי כהן	משטחה	הנצי"ר, הרצליה
אליהו שיתיה ניוסין	משטחה	הנצי"ר, הרצליה
למנוח מיון סלום	מיון אלמנטר	שיתיה ניוסין "שיתיה" נרסיס

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

הצג
תאריך
האם

כאבים והזלזלה זמנית כתוצאה מ
כאבים והזלזלה זמנית כתוצאה מ
קושי בהליכה וקושי במעלה
קושי בהליכה וקושי במעלה

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☒ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה סנין טל - ארז

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום מס' תיק באגף השיקום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
03-742358

כתובת
זרז גא 7/1 חמא

שם גורם מסייע
זרז גא 7/1 חמא

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזרח		415	515169

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

תאריך _____ חתימת התובע ☒

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

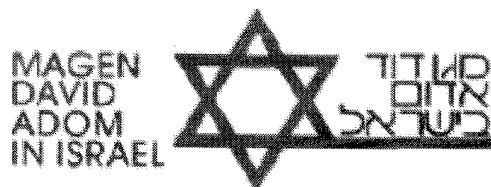


כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים		
תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
10/10/2024	212878730	11
שם פרטי	שם משפחה	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2 הצהרה
אני ה"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי. תאריך: 1.11.23 חתימת המבוטח x



966

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 06/06/2024

ארוע: 1874

מספר טופס: 17688422

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 212878730

שם משפחה: גפני ערב

שם פרטי: עידו

מין: זכר

תאריך לידה: 15/01/2002

גיל: 22

כתובת: הרצליה, הבריגדה היהודית, 27

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: כללית

נייד: 0523476466

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: הרצליה, ברל כצנלסון, בכיר, 4

אנמנזה:

תלונה עיקרית: תאונת אופנוע

מחלה נוכחית: בן 22 ללא מחלות רקע.

בהגיעו המטופל שוכב לידו כונן איחוד לדבריו החליק מהאופנוע האופנוע נפל לו על רגל שמאל בבדיקתנו בהכרה מלאה ללא סימני מצוקה נשימתית הנראים לעין דופק רדיאלי נימוש היטב וסדיר ללא חיוורון או הזעה ללא בחילות או הקאות מתמצצ בזמן ובמקום ומשלים משפטים ללא פגיעת ראש או חזה הנראים לעין שפשופים ברגל שמאל ונפיחות בכף ביד שמאל שחוטאו בפולידין

פונה לבית החולים מאיר להמשך בירור וטיפול רפואי

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: לא ידוע על רגישות

בדיקות כלליות

אמבולנס מס' 966 - בדיקה 1	
10:50	בדיקות

בדיקות עזר

אמבולנס מס' 966 - בדיקה 1	
10:50	בדיקות

אבחנה משוערת: חבלה קלה

טראומה:

שוק שמאל: שפשוף

כף רגל שמאל: כאב

כף יד שמאל: שפשוף

טיפול

אמבולנס מס' 966 - בדיקה 1	
10:50	בדיקות
	טיפולים שניתנו

תרופות

אמבולנס מס' 966 - בדיקה 1	

פרטי תאונת דרכים:

פרטי התאונה: רוכב אופנוע

הערות

פונה ללא מלווה
לא נצפו שינויים חריגים במצב המטופל במהלך

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: קל
המבקש: עובר אורח
המסייעים: כונן איחוד, עובר אורח
מקום האירוע: ברל כצלסון/בכיכר 4 - בכיכר הרצליה
קוד מבצעי: 966

יעד פינוי

יעד: בית חולים
שם בית החולים: מאיר-כפר-סבא
מחלקה: מיון אורטופדי
נמסר ל: חסן

זמנים

קבלה 10:38 : יציאה 10:38 : הגעה 10:41 : מפנה 10:50 : ביעד 11:00 :

אנשי צוות

 שם הנהג : אורן בלומנפלד חתימה :



06/06/2024 15:41 162123 מ.ר. מוחמד מ.ר. ע"ד'ר' מסרי מוחמד מ.ר. 06/06/2024 מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך

שם משפחה:	גפני ערב	ת. לידה:	15/01/2002	מיון אורתופדי
שם פרטי:	עידו	ת. זהות:	21287873-0	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
כתובת:	בן שלום מאיר 14, הרצלייה	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
טלפון:	4640859	גיל:	22	מס' קבלה למחלקה: 2523935601
טלפון דם:	0523476466	מרחק:		טלפון: 09-7472326
מחוז:		מרחק:		פקס: 09-7410994
גורם מממן:	שרון שומרון	שם האב:	אמיר	

מספר קבלה: 2523935601

תאריך קבלה: 11:03 06/06/2024

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת עבודה

הפנייה: לא

רופא אחראי

רופא: דר' טלמור מרון פנחס מ.ר. 163923

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE ACCIDENT	E819			✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 22

ביום קבלתו החליק עם האופנוע עם חבלות בצד שמאל
מלין על כאב אגן ברך שוק ושכי שמאל

בבדיקתו ללא סימני מצוקה

מניע צוואר גפיים ללא חסר

שפשופים פיקה שכי שמאל

רגישות מינימלית GT שמאל לוג רול אקסיאל לאוד שלילי

שפשוף שוק שמאל - להערכה חוזרת לאחר צילומים אם יש צורך בתפירה @@

מניע אצבעות ללא חסר

שמור NV

בצילומים @@

בדיקה גופנית

נרשם ע"י: דר' טלמור מרון פנחס מ.ר. 163923, מיון אורתופדי

תאריך עדכון: 13:48 06/06/2024

דיווח / דיון:

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	גפני ערב	תאריך לידה:	15/01/2002	מיון אורתופדי
שם פרטי:	עידו	ת. זהות:	21287873-0	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
סוג דם:	שם האב:	אמיר		אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

הוראות ומדדים

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
06/06/2024	11:11	מדדים		
			A	מצב הכרה
			134/90	לחץ דם
			82	דופק
			98	סטורציה באויר
				תדר
			6	רמת כאב

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	SYR	06/06/2024 11:12 בשורה חסן מ.ר. 225076	Once Rate from nurse: 0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1000 mg
Drug Dosage: 1000 mg	SYR	06/06/2024 13:29 אפרתי עפרה מ.ר. 243818	Once Rate from nurse: 0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1000 mg

בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	תוצאה
צילום אגן ופרקי ירכיים	06/06/2024	לא הוקלדה תשובה
צילום ברך שמאל	06/06/2024	לא הוקלדה תשובה
צילום שוק שמאל	06/06/2024	לא הוקלדה תשובה
צילום שורש/פרק יד שמאל	06/06/2024	לא הוקלדה תשובה

המלצות

המלצה: מעקב רופא מטפל יש להביא מכתב זה לרופא מטפל בהקדם לצורך המשך מעקב רפואי משככי כאבים לפי צורך ובמינון המוקבל מנוחה
ניתן להיעזר בקומפרסים קרים- לא ישירות על העור
בכל החמרה – כאבים עזים, חוסר תחושה, חוסר יכולת להניע גפה או חלק ממנה, אי שליטה על סוגרים – כל החמרה אחרת – לשוב מיידית לבדיקת רופא

רפואה שלמה!

חופשת מחלה: 5 ימים.

במידה והמטופל פנה למיון בעקבות טראומה, יש לשקול הפנייתו להערכת גורם ברה"נ במסגרת קופ"ח במקרה של הופעת תסמינים נפשיים בתר חבלתיים.

מטופל יקר,



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	גפני ערב	תאריך לידה:	15/01/2002	מיון אורתופדי
שם פרטי:	עידו	ת. זהות:	21287873-0	מנהל מלר"ד: דר' רוזריג יוסף מ.ר. 25562
סוג דם:	שם האב:	אמיר		אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

במידה והוגנת להגיע לביקורת במרפאות החוץ של ביה"ח, אנא פנה עם שחרורך מהרופא אל משרד הקבלה של המיון לתיאום.
ככל וניקבע כי הנך זקוק לניתוח, אנו ניצור עמך קשר. לבירורים ניתן לפנות לטלפון 09-7471140.

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' מסרי מוחמד מ.ר. 162123

אחות משחררת לאחר הדרכה סיעודית: _____

הגנת מידע

המכתב הודפס על ידי דר' מסרי מוחמד 06/06/2024 15:41

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים

גיל המטופל: 22.05
תאריך ביקור: 16/06/2024
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: אלתור

בקשת אלתור

מספר בקשה	סוג בקשה	החלטה
1-314950766886	אישור מחלה	אושרה

תאריך: 13/06/2024 עד תאריך: 18/06/2024

תלונות/סיבת הפניה: לבקשת המטופל/ת, עפ"י הצהרתו/ה מופק אישור מחלה בשל- תאונה/חבלה

סימנים חיוניים

גובה: 174 נמדד ב: 11/06/2018 אחוזון גובה: 50.17
משקל: 65 נמדד ב: 11/06/2018
BMI: 21.47 אחוזון BMI: 59
דופק: 60 סדיר נמדד ב: 25/10/2018

קוד	אפיין	אבחנה
V68		ENCOUNTERS FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES

קוד	אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
	אישור מחלה	I1	13/06/2024	18/06/2024	הופק

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 16/06/2024 שם מרפאה: מרפאת מעלה הנדיב
רופא מעדכן: אניקה אירינה נילסן קוד מרפאה: 5657
מס רשיון: 174725 קוד מחוז: 12
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי

גיל המטופל: 22.05
תאריך ביקור: 20/06/2024
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: אלתור

בקשת אלתור

מספר בקשה	סוג בקשה	החלטה
1-315668177688 אישור מחלה	אישור מחלה	אישור מחלה

תאריך: 19/06/2024 עד תאריך: 23/06/2024

במידה ולא תיבחר החלטה ההערות שתירשמה לא יתעדכנו בעידן

תלונות/סיבת הפניה: לבקשת המטופל/ת, עפ"י הצהרתו/ה מופק אישור מחלה בשל- המשך ימי מחלה

קוד	איפיון	אבחנה
V68		ENCOUNTERS FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES

סטטוס	עד תאריך	מתאריך	קוד	אישור
הופק	23/06/2024	19/06/2024	I1	אישור מחלה

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת הנדיב י'
קוד מרפאה: 5716
קוד מחוז: 12
תאריך עדכון: 20/06/2024
רופא מעדכן: ד"ר מוחמד חביבאללה
מס רשיון: 158995
מקצוע המעדכן: 11 ילדים

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס Z

גיל המטופל: 22.05

תאריך ביקור: 25/06/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 06/06/2024

מהות הביקור: שיחה טלפונית

תלונות/סיבת הפניה: א. בצע סונר של הכתף השמאלית - יש אזור של אי סדירות במרכיב הגרמי, יפנה עם התשובה להערכה אורתופדית.
ב. ממשיך לסבל מכאבים בכתף השמאלית וצליעה ברגל, האופנוע נפל לו על הרגל

סימנים חיוניים

גובה: 174 נמדד ב: 11/06/2018 אחוזון גובה: 50.17
משקל: 65 נמדד ב: 11/06/2018
BMI: 21.47 אחוזון BMI: 59
דופק: 60 סדיר נמדד ב: 25/10/2018

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L08	Lt	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS
7295	Lt	PAIN LEG OR LIMB

דיון/תוכנית טיפולית: הונחה לבקש מהמעביד טופס בל250.

סטטוס	עד תאריך	מתאריך	קוד	אישור
הופק	30/06/2024	06/06/2024	113	תאונת עבודה (תעודה ראשונה)

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 25/06/2024 שם מרפאה: מרפאת מעלה הנדיב
רופא מעדכן: ד"ר אורלי כהן קוד מרפאה: 5657
מס רשיון: 17482 קוד מחוז: 12
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס Z



מספר רשיון 17482
טלפון 09-9735520
פקס 09-9735521
מחוז שרון ושומרון

ד"ר אורלי כהן
רפואת משפחה
הנדיב 71, הרצליה קומה 4
מרפאת מעלה הנדיב

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 06/08/2024

אישור מחלה

פרטי המטופל:			
שם משפחה ופרטי:	גפני ערב עידו	מס זהות:	00212878730
ת.לידה:	15/01/2002	רחוב:	בן שלום מאיר
מס בית:	5 / 14	טלפון נוסף:	54- 6563933
		הרצליה	שוב:
		טלפון:	52- 3476466

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 06/06/2024 עד תאריך: 07/07/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 32

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

הפקה מקוונת

17482

ד"ר אורלי כהן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

06/08/2024

הודפס ע"י ד"ר אורלי כהן

00212878730

גפני ערב עידו

תאריך: 18/09/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	גב' ערב עידו	מס זהות:	00212878730	גיל:	22.08	מין:	ז
ת.לידה:	15/01/2002	ישו:	הרצליה	רחוב:	בן שלום מאיר			
מס בית:	5	טלפון:	52- 3476466	טלפון נוסף:	54- 6563933			

שלום רב,

18/09/2024

תאריך רבי

0 ביקור רגיל

סוג ביקור

רגיל

מהות ה

בן 22, הפניה:

תלונה

עובד בחנות.

בריא.

מצב אחר תאונת דרכים לפני כשלושה חודשים. כרוכב אופנוע.

מציין כאבים בכתף מזה חודשיים.

מלין על כאבי גב תחתון שהחלו אחר התאונה לפני כחודשיים, לא באופן מיידי.

ללא אי שליטה על סוגרים.

ללא הפרעת הליכה חדשה.

כתפיים - דו צדדית טווחים שמורים, רגישות קלה למשוש לטראלית. מבחני RC

תקינים לחלוטין, ללא ירידת כוח או הפקת כאב.

ללא הגבלה ברוטציה פנימית וחיצונית, ללא פחת NV.

כאבי גב מותני -

תבנית הליכה תקינה.

גב ללא רגישות למשוש ללא סמני חבלה.

פרקי ירכיים - וגמעה חופשית בכל הצירים.

גפיים תחתונות - כוח גס שמור בכל התחנות 5/5, תחושה שמורה לפי דרמטומים.

ללא קלונס או בבינסקי

ללא ערות החזרים.

ה גופנית:

17.9.24 * צילום עמוד שדרה לומבר' וסקראלי - ללא עדות לחבלה גרמית

חרפה.

צילום כתף מצד שמאל - ללא עדות לחבלה גרמית חריפה.

תוצאות הדמייה:

קוד	איפיון	אבחנה
L08	LT	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית: בשלב זה כאבים מזה חודשיים, נתחיל הפעלה בפיזיותרפיה. טיפול סימפטומטי.

ביקורת לאחר מכן בעוד כשלושה חודשים.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H3	הודפס

תרופות

P	M	K	G	OP	סה"כ משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
L	1	r	N	יחידה	10	D	1	קפוליות	CPL	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
L	1	r	N	יחידה	10	D	1	טבליות	TAB	1	ETOPAN 600MG XL (M) TAB 600MG

בברכה,

"נחתם דיגיטלית"

146053

ד"ר רפאל ברבלק

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

ס ביקור

18/09/2024

הודפס ע"י ד"ר רפאל ברבלק

00212878730

ורב עידו

תאריך: 18/09/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

כרטיס המטופל	שם משפחה ופרטי	גפני ערב עידן	מס זהות	00212878730	גיל	22.08	מין	ז
תאריך לידה	15/01/2002	ישוב	הרצליה	רחוב	בן שלום מאיר	טלפון נוסף	54-6563933	
זכר / נקבה	14 / 5	טלפון	52-3476466					

מספר הפניה: 32020228233

גורם שולח



2020

מספר הפניה



032020228233

תז נבדק



0212878730

רשיון רופא



146053

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משרב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	9700	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: בן 22.

עובד בחנות.

בריא.

מצב אחר: תאונת דרכים לפני כשלושה חודשים. כרוכב אופנוע.

מצוין כאבים בכתף מזה חודשיים.

מלין על כאבי גב תחתון שהחלו אחר התאונה לפני כחודשיים. לא באופן מיידי.

ללא אי שליטה על סוגרים.

ללא הפרעת הליכה חדשה.

בעיות פנימיות

מ.ב.ל	איפיון	בעיה
01/05/2014		FRACTURE RADIUS
01/01/2022		SMOKER

NONE

NONE

מידע ישן

רישיון רפואי ואו תופעות לוואי

מידע ישן

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG

ממצאים קליניים

כתפיים - דו צדדית טווחים שמורים, רגישות קלה למשוש לטראלית. מבחני RC

תקינים לחלוטין, ללא ירידת כוח או הפקת כאב.

ללא הגבלה ברוטציה פנימית וחיצונית, ללא פחת NV.

כאבי גב מותני -

תבנית הליכה תקינה

גב ללא רגישות למשוש ללא סמני חבלה,

פרקי ירכיים - תנועה חופשית בכל הצירים.

גפיים תחתונות - כוח גס שמור בכל התחנות 5/5, תחושה שמורה לפי דרגטומים.

ללא קלונוס או בבינסקי

ללא ערות החזרים.

מטרת הבדיקה: הפעלת כתף שמאל אחר חבלה מלפני כשלושה חודשים, עבודה על טווחי תנועה וחיזוק

הכתף

הפעלת עמוד שדרה תחתון -0 כאבים אחר תאונה

7.0

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

פניה לפיזיותרפיה

18/09/2024

הודפס ע"י ד"ר רפאל ברבלק

00212878730

זני ערב עידן



"יחידת המידע"
מכון דימות הרצלחה מומחים - רנטגן

עמוד 1 מתוך 1

17/09/2024	ת. ביצוע:	21287873-0	ת"ז:	עידו גפני ערב	נכדיק:
27/09/2024	אישור פעולה:	22 שנים	גיל:	15/01/2002	תאריך לידה:
27/09/2024	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מהיר שרון - שומרון, (120000)	מוסד מפנה:
				מרכז לרפואה יועצת נגינה, (122100)	גורם מפנה:
				מיכאל מיכלין, (158272)	רופא מפנה:

בדיקה: צילום כתף
צילום עמוד שדרה מותני סקראלי

סיבת הפניה:
קיימת הפניה ממוחשבת / סרויקה

ביצוע:
צילום כתף בתאריך 17/09/2024 15:07 מ.ג. 1125003023262 מבצע: עדן עאמר;
צילום כתף מלא שמאל;
צילום עמוד שדרה מותני סקראלי בתאריך 17/09/2024 15:07 מ.ג. 1125003023263 מבצע: עדן עאמר;
צילום עמוד שדרה מותני מעבר SI-L5;

ממצאים:
צילום כתף מלא שמאל
מיבנה גרמי שמור
צילום עמוד שדרה מותני מעבר SI-L5;
טבה תולדות ומרווחים בין תוליתיים שמור.

סיכום:
מפורט בפענוח לעיל.

אישור ע"י: ד"ר מיכאל קונפדרט מספר רשיון: 26191 27/9/2024 12:37

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

	212878730	עידו	גפני ערב
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
		הרצליה	22
טלפון	מיקוד	עיר	מס'
			הבריגדה היהודית
			רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 19.3.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

מ.ר. 62254
אריאל פרידמן, עו"ד

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, עידו גפני ערב,
ת.ז./ח.פ. מס' 212878730, מרחוב הבריגדה היהודית 22, הרצליה,

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי
ורשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין
הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 19 לחודש 3 שנה 2025

חתימה: ע"פ X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

א"י
~~אריאל פרידמן, עו"ד~~
~~מ.ר. 62254~~
עורך-דין